CMCAS SEINE – SAINT - DENIS

DEMANDE D'AIDE AUX CLASSES TRANSPLANTEES

OUVRANT-DROIT

NOM …… ……. **NIA** ……..... **SLV** ……

Prénom …… **Date de Naissance** ……

Adresse…….

……

☎ **Bur** : …… ☎ **Port** : ……..

⌘ COMPOSITION DU FOYER

NOM et Prénom	*Lien de Parenté*	*Date de naissance*

DOCUMENTS A JOINDRE

- L'avis d'impôt familial sur les revenus (avis d'imposition 2017 sur le revenu 2016 pour les classes transplantées jusqu'au 31/12/2018 ou avis d'imposition 2018 sur le revenu 2017 pour les classes transplantées à compter du 01/01/2019) ou les deux avis d'imposition dans le cadre de déclarations séparées (pacs, concubinage,…).
- Attestation de participation à la classe transplantée mentionnant le nom de l'enfant, la classe, le lieu et les dates du séjour ainsi que le montant réglé par la famille.
- RIB

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés et l'authenticité des pièces annexées.

Fait à ..... **le** …… **Signature de l'agent**

DOCUMENT A REMETTRE A L'ASSISTANT ACCUEIL /CONSEIL DE LA CMCAS

⌘ AVIS DE LA COMMISSION

MONTANT DE L'AIDE ACCORDEE

Le …… à…….....

……..

Signature du Président

.